「八王子市国民健康保険データ活用保健事業実施計画(令和6～11年度(2024～2029年度)作成支援業務委託」公募型プロポーザル質問票

令和　　年　　月　　日

住所又は

事業所所在地

名称

代表者職氏名

　　　担当者氏名

　　　　連絡先（電話）

　　 （FAX）

　　　　　　 （メール）

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

* 必ず電子メールで送付してください。

健康医療部成人健診課　b660200@city.hachioji.tokyo.jp